

週刊 日本医事新報

No. 4907

2018/5/12

5月2週号

特集 27 在宅で誤嚥性肺炎を
起こさないための工夫**解く** 01 画像診断道場
リンパ節転移…原発巣は？**聞く** 08 インタビュー：要 伸也
腎臓病療養指導士に期待される役割**知る** 10 まとめてみました
注目が集まる腹膜透析—現状は全透析の2.7%、その利点は**連載** 12 難渋症例から学ぶ診療のエッセンス
超音波内視鏡下ドレナージに加えて経皮的ドレナージにより
改善を得た walled-off necrosis (WON)24 長尾和宏の町医者で行こう!!
介護医療院が在宅医療に与えるインパクト**NEWS** 21 医学生が実施可能な医行為—27年ぶり改訂、「必須」「推奨」の2分類で例示**学術** 46 中高年女性の子宮内膜症治療への対策

「介護医療院が在宅医療に与えるインパクト」

病院化する施設在宅

在宅医療への強い誘導政策が10年以上続いている。4月の診療報酬改定では、「かかりつけ医機能（機能強化加算）」の要件の1つに加わった。一方、1人の患者さんを複数の医療機関が連携して訪問診療することも正式に認められた。医療の専門分化や高度化に伴う患者側からの多様な医療ニーズに対応した結果である。しかしその結果、一部の介護施設では1人の入所者に対して内科、精神科、皮膚科など複数の医療機関が訪問診療するケースが増えている。認知症の人を閉じ込めた結果、周辺症状が強くなると施設管理者は家族に精神科専門医や認知症専門医への受診を勧める傾向がある。外来診療のみならず在宅においても、重複受診は必然的に多剤投与を招く。高齢者への多剤投与は、転倒だけでなく認知症リスクを高めるので好ましくない。しかしそうした手厚い(?)医療体制を一種のステータスとして自慢する介護施設も出てきている。無条件に医療を崇拜する介護スタッフは少なくない。特に終末期や看取りになると当然、医療への期待が高まる。

在宅酸素療法の保険適応が末期がんにも拡大された。そのため、多くの施設看取りは酸素吸入下で行われている。あるいは最期まで高カロリー輸液をする施設在宅もある。つまり、最期まで延命治療＝絶対的善という、かつての病院医療の価値観が、介護施設においても踏襲されている。そもそも、がん細胞はブドウ糖と酸素を好むので、終末期の患者さんにはある時点からそうした介入は不利益に転じる。つまり、多くの医療には「やめどき」があり、適切な時期にギアチェンジをして、緩和ケアを柱として自然な経過に任せることが、「穏やかな最期」

の条件である。しかし、施設や在宅においても臓器別縦割りの医療が提供できる体制になった結果、皮肉にも、「施設や在宅でも平穏死できない」という声が聞こえてくる。また、病院から在宅に紹介される終末期患者さんの「管」が増えている。医療依存度が高いという理由で「最期は急性期病院送り」となるケースは稀ではない。しかし、もはや一般病床は終末期患者さんの受け皿にはなり得ない。

遠くなる総合診療

本来、在宅医療は総合診療である。プライマリ・ケア、家庭医療、全人的医療とも言えよう。しかし、年々医療連携が複雑化し、本来の在り方とはかけ離れた姿に変容している。総合診療には常にアジェンダの風が吹き、年々強くなる。一方、地域包括ケアにおける多職種連携という言葉は美しい。しかし、現場は書類や事務作業が増える一方で、過重労働が懸念される。制度の複雑化についていけないと、在宅医療を諦める医師も出ている。まもなく還暦を迎える私自身も、診療そのものは楽しいが、制度の複雑さと深夜の往診に振り回されている。訪問看護師も志が高いほど疲弊しやすい。残念ながら、在宅医療ははまだ「働き方改革」の枠外に置かれている。在宅医療の本質とは正反対の方向に政策誘導されているからである。統合や一元化とは矛盾する政策に振り回されている。その結果が、「在宅医療の病院化」である。1人の要介護者に臓器別に何人もの「○○専門医」がつくのであれば急性期病院と同じであり、総合診療という概念はまさに絵に描いた餅となる。

一方、地域の中小病院が在宅療養支援病院として在宅医療に積極的に参入している。在宅患者を後方

支援する地域包括ケア病棟も順調に増えている。しかし、病院に併設された訪問看護ステーションの中には、すべて自分の病院に運んで看取る所もある。元のかかりつけ医に在宅主治医を依頼する場合も、病院の訪問看護ステーションと連携しないと帰さない。病院の医師が忙しくて往診できないか、往診を嫌がるからだという。一方、台湾では、開業医が在宅を担うのは昼間だけで、夜間は地域の中小病院の医師や看護師が往診している。日本では病院と診療所の役割が線引きされずカオス状態にあるが、将来、多くの地域では、マンパワーが豊富な中小病院が在宅医療の主力を担うのだろう。

「介護医療院」という考え方

4月より「介護医療院」が新設された。これは介護保険下の、医療を内包した施設である。「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話」を一体的に提供する機能を有する。つまり、生活の場であると同時に医療法上の医療提供施設であり、在宅と行き来もできる。また看取りの場、終の棲家でもある。もちろんアドバンス・ケア・プランニング(ACP)や緩和ケアも励行される。なにより、夜間も看護師や医師がいることが最大の特徴で、開設主体は地方公共団体や医療法人、社会福祉法人等の非営利法人である。廃止が決まっている介護療養病床や老健からの転換が予想されている。既に「日本介護医療院協会」が設立され、転換支援策が設けられているので、2021年3月末までに相当数が介護医療院に転換すると予想されている。そして来年には、「日本介護医療院学会」の設立が予定されている。医療経済的には、「病院化する施設在宅」より「介護医療院」のほうが合理的であろう。

さらに、日本慢性期医療協会の武久洋三会長は、認知症専門の介護医療院として「認知医療院」を提案している。認知症が高度の人のために、精神病院の空きベッドを「認知医療院」として活用するという提案である。認知症の人が急増するなか、在宅医療のバックベッドとして求めるべきは、一般病床ではなく良質な慢性期病院や介護医療院であろう。本人が「延命治療は望まない」と言っても家族が許さないのが、医療・介護現場に共通する悩みである。特に認知症の人の医療の意思決定支援は今後の大き

な課題である。もし、生活の場が一元化できるのであれば、減薬やACPもやりやすい。在宅でも施設でも無理という認知症の人を、誰がどこで看るのか。新設されたばかりの介護医療院、ないし将来的には認知医療院が大きな鍵を握っている。

在宅vs施設vs介護医療院

以下、3年後の日本の療養の場を勝手に想像してみた。要介護度が高い人のための特養は残っているだろう。一方、アメニティーに恵まれたサ高住や有料老人ホームも介護度が低い富裕層を対象に残るだろう。小規模多機能型居宅介護は看護付きに移行し、医療面や夜間対応を重視する家族は介護医療院を選ぶかもしれない。お泊りデイサービスは小回りがきく地域密着型として一定のニーズがある。そして昼間独居者や完全独居者で本人の意思が不明な人には、周囲が介護医療院を勧めるのではないかな。

そのように考えると、介護医療院は大きな可能性を秘めていると感じる。同時に自宅の在宅医療や他の介護保険施設と競合する可能性がある。自宅での在宅医療は残るが、在宅療養支援病院が主役となる地域もあるだろう。施設においては医療を重視する人と、個別の介護を重視する人に分かれるだろう。現在推進されている「かかりつけ医型の在宅医療」はどうなるのか。末期がんを多く診て看取りの実績が多い診療所は、引き続きニーズがあるだろう。かかりつけ医として在宅で診ている人が、もし肺炎や骨折を起こせば、家族が気軽に介護医療院を希望することが増えるかもしれない。これら療養の場の選択は、当然自己負担額に大きく左右される。いずれにせよ高齢者の療養の場は、在宅か施設か介護医療院(もしくは認知医療院)の三択になるのではないかな。介護医療院が増えれば、昔ながらの自宅での在宅医療はどこかで頭打ちになるかもしれない。開業医が提供する「かかりつけ医型の在宅医療」は介護医療院の動向に左右されるだろう。そのインパクトは決して小さくないと思う。地域包括ケアのカタチは新たなステージに移ろうとしている。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『痛い在宅医』『男の孤独死』(ブクマン社)など